

国民健康保険 療養費支給申請書

被保険者番号						原書番号	1		受付年月日		令和 年 月 日		整理番号				
フリガナ						給付割合				保険者番号							
被保険者氏名(患者名)		男・女				7割	8割	9割	10割	2 8 4							
生年月日		昭・平・令 年 月 日				国保資格取得日		昭・平・令 年 月 日									
(個人番号)		(- - - -)				第三者行為、労務災害の有無		1 有 2 無									
病院、診療所、薬局 その他の者の名称及び所在地 従事した医師、歯科医師 又は薬剤師の氏名						福祉医療	高齢期移行	こども医療	ひとり親家庭	重度障害(心身)	重度障害(精神)						
療養期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで 日間				41	48・81	84・85	82・83	43・44							
傷病名		左大腿骨頸部骨折				負傷年月日		平成・令和 年 月 日									
ハリ・灸・アンマ マッサージ		【初検日】 平成・令和				療養に要した費用		審査決定金額									
種 類						来		8 高齢8割									
1		2		3		4		5									
一般診療		治療用 器具		柔 整		アンマ マッサージ		ハリ・灸		移動							
国内 海外										5 家族		9 高齢7割		6 家族		0 高齢7割	
上記のとおり療養に要した費用に関して、別紙書類を添えて申請します。																	
〒 - - - - - 住 所 神戸市 区																	
申請者 (世帯主) 氏 名 () 電話 () - ()																	
(個人番号) - - - - -																	
受取方法		振込先金融機関(世帯主)				金額欄											
口座振込・窓口・払込		預金種別		普通・当座・貯蓄		<input type="checkbox"/> 区分1 ⇒「一般診療・国内」で食事代の請求がある場合の食事療養費総額 <input type="checkbox"/> 区分2 ⇒「一般診療・国内」で食事代の請求がある場合の標準負担額 <input type="checkbox"/> 区分4 ⇒「一般診療・海外」で外貨の請求がある場合 ※区分5は連合会の審査決定額及び標準額が記入される											
		銀行コード		支店コード		本店		1									
		銀 行		支 店		本店		2									
		信用(金庫・組合)		出張所		本店		4									
		農 協		支 所		本店		5									
口座番号																	
口座名義人(カタカナ)																	
総療養費				支給決定金額				海外療養費									
渡航先国名(通貨単位)				()													
審査欄		資格		受付		課長		係長		担当		(備考)					
書類確認																	
注意事項:未納保険料がある方は、給付を差し止めることがあります。																	

第三者行為による加害行為によって負傷等をした場合
 ①【第三者行為、労務災害の有無】欄の「1.有」に○を記載してください。
 ②【傷病名】欄を記載してください。